

## FICHA DATOS DE LOS TRABAJADORES QUE VAN A RECIBIR LA FORMACIÓN A EFECTOS DE LAS BONIFICACIONES EN LAS CUOTAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Curso en que se Inscribe: \_\_\_\_\_

Modalidad: \_\_\_\_\_

Número de Horas: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TRABAJADOR/A

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

N.I.F.: \_\_\_\_\_

Nº Seg. Social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Móvil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Minusvalía  SI  NO

Nivel de Estudios: \_\_\_\_\_

Grupo Cotización: \_\_\_\_\_

CIF de la empresa: \_\_\_\_\_

Nº Seg- Social de la Empresa: \_\_\_\_\_

Nombre Empresa: \_\_\_\_\_

#### AREA FUNCIONAL:

- Dirección
- Administración
- Comercial
- Mantenimiento
- Producción

#### CATEGORIA PROFESIONAL:

- Directivo
- Mando Intermedio
- Técnico
- Cualificado
- No cualificado

Firma del trabajador:

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter personal y demás normativa de desarrollo, el abajo firmante autoriza la utilización de datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento para la gestión de la solicitud a que se refiere el mismo, y, en su caso, para la ejecución del Plan Formativo, tanto por parte de la Entidad Organizadora como de la FUNDACIÓN ESTATAL PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO y el INEM o cualesquiera otras personas relacionadas con dicho Plan.

